

Полученные результаты. При клиническом и рентгенологическом исследовании у пациентов с ДОА в сочетании с ХВННК определялись более выраженные морфологические изменения со стороны коленных суставов. Более выраженное сужение R-щели, наличие большего количества остеофитов в большем проценте (35% против 15%) встречались явления вторичного синовита и наличие кист Бейкера, более выраженный болевой синдром по шкале ВАШ.

У пациенток 2й группы значительно уменьшились болевой и отечный синдромы, особенно ночные боли. По отдаленным результатам через 2 года практически не наблюдалось сужение R-щели (по данным рентгенологического исследования).

Таким образом, у больных ДОА в сочетании с ХВННК сочетанное лечение ХВН приводит к замедлению развития ДОА и снижению воспалительных явлений со стороны суставов.

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОАРТРОЗОМ В ЗАГАЛЬНОМЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Малик Н.В.

Харківський національний медичний університет, м.Харків, Україна

Проблема старіння суспільства диктує необхідність подовження активного та якісного життя людини, що дає змогу, з одного боку, забезпечити необхідний соціальний рівень, а з іншого – знизити всі зростаючі витрати на спостереження і лікування непрацездатних людей похилого віку.

З проблемою болю в суглобах протягом життя стикається велика кількість людей. Саме з цією скаргою пацієнти звертаються до лікарів первинної ланки. Біль в суглобах може бути результатом багатьох захворювань: системних захворювань сполучної тканини, при обмінних процесах у тканинах суглобового хряща та кістки, при травматичних пошкодженнях опорно-рухового апарату, деяких інфекційних захворюваннях. Однак самою частою причиною артралгій є остеоартроз (ОА) – хронічне прогресуюче захворювання, яке займає ведуче місце серед ревматичних захворювань та характеризується значним погіршенням якості життя пацієнтів внаслідок постійного болювого синдрому і високою інвалідізацією. ОА має значну розповсюдженість, особливо у осіб похилого та старечого віку. Значення питань терапії цього захворювання обумовлено не тільки його високою розповсюдженістю, але і тими соціальними проблемами, які викликають захворювання у пацієнта: різке зниження рухової активності призводить до вираженого зниження якості життя, соціальної дезадаптації, втраті працездатності, а інколи і втраті самообслуговування.

Особливе значення проблема діагностики та лікування ОА набуває у осіб похилого та старечого віку. Однак порушення обміну речовин та кровообігу в кінцівках, ендокринні розлади (цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози, клімакс) є причиною його появи у ранньому віці. Звернення до сімейного лікаря з приводу захворювання кістково – м'язової системи складає до 10% від кількості усіх звернень.

Процес діагностики передбачає ретельний збір анамнеза, детальний аналіз скарг, клінічне обстеження, аналіз причин больового синдрому і деформацій. При встановленні діагнозу сімейний лікар повинен пам'ятати, що не завжди біль та деформації суглобів є наслідком ОА, даже якщо пацієнт належить до старших вікових груп. Своєчасно встановлений діагноз – залог успішного лікування ОА.

Клінічні прояви ОА починаються непомітно та поступово – як незапальне захворювання, яке звично уражує тільки один або невелику кількість суглобів. Самий ранній симптом – біль, який посилюється при навантаженні на суглоби. Відмічається також утрішня скутість після періода спокою, яка триває не довго та зменшується в результаті рухів. По мірі прогресування хвороби обсяг рухів поступово зменшується, розвиваються згинальні контрактури, виникає болісність, а іноді крепітація або відчуття тертя в суглобі. Характерно збільшення ураженого суглоба, яке викликається проліферативними реакціями з боку хряща, кістки, сухожилок, зв'язок та капсули, а також синовіальної оболонки, де з часом з'являються ознаки хронічного запалення. По мірі розтягнення зв'язок зростає нестабільність суглоба та посилюється локальний біль. Патологічний процес звично прогресує, в тій чи іншій мірі порушуються функції суглобів; іноді, однак, захворювання може призупинитися.

Найбільш часто сенільний ОА уражує крупні суглоби, в більшості випадків – це колінні та кульшові суглоби.

Для оцінки вираженості больового синдрому та визначення ефективності симптоматичної терапії сімейні лікарі в своїй практиці повинні використовувати шкали ВАШ, WOMAC, Мак-Гіловський опитувальник та ін. Ефективність лікування визначається по динаміці рентгенологічних змін, а саме по зменшенню міжсуглобової щілини.

Терапія пацієнтів з ОА повинна бути комплексною, довгостроковою, систематичною та обов'язково вмщувати не тільки усунення больового синдрому, але і заходи по профілактиці подальшого прогресування захворювання засобом корекції порушеного метаболізму гіалінового хряща та уповільнення процесів його деградації.

Арсенал засобів медикаментозної терапії болю у пацієнтів з ОА обмежен декількома групами препаратів: ненаркотичні анальгетики, нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ), слабкі опірідні анальгетики.

Основою патогенетичного та симптоматичного лікування є медикаментозна терапія, яка повинна починатися з призначення ацетомінофена (парацетамола), який має низький ризик розвитку побічних ускладнень з боку травної системи.

При виборі препаратів для усунення болю сімейні лікарі повинні враховувати не тільки ефективність, але і побічні дії, особливо у людей похилого віку і осіб із супутньою патологією, можливий ризик виникнення ускладнень.

У сучасній схемі лікування ОА важливе місце відводиться хондропротекторам, які виконують довготривалу та прогностично важливу для пацієнта задачу – покращення метаболізму суглобового хряща та уповільнення його порушення.

Комплексна терапія ОА повинна вміщувати не тільки медикаментозні, але і немедикаментозні засоби, які є ефективними та безпечними, а також психотерапевтичну корекцію.

При цьому необхідно враховувати фактори ризику цього захворювання (надмірна вага, механічні фактори, фізична активність), загальні фактори ризику (вік, коморбідність, поліпрагмазія), інтенсивність больового синдрому та ступінь функціональних порушень, наявність запального процесу, локалізацію та ступінь структурного ураження.

Успіх лікування залежить не тільки від проведення медикаментозного курсу, але і від дії самого пацієнта. Тому головна задача лікаря на першому етапі навчання хворого. Від успішної взаємодії сімейного лікаря та пацієнта, їх взаємодовіри залежать результати лікування.

Немедикаментозна терапія обов'язково повинна вміщувати лікувальну фізкультуру, виконання рекомендованого денного навантаження, допоміжні засоби (супінатори, фіксатори колінного суглоба), засоби, які спрямовані на зменшення ваги тіла, фізіотерапію (ультразвукову терапію, магнітотерапію, електрофорез, бальнеотерапію, КВЧ-терапію).

В основі немедикаментозного лікування лежить навчання пацієнта та психологічна підтримка з боку лікаря. Сімейний лікар повинен переконати хворого, що больовий синдром та втрата працездатності не є обов'язковими наслідками ОА.

Таким чином, сучасна діагностика, цілеспрямована терапія та реабілітація ОА будуть сприяти попередженню інвалідизації, покращенню якості життя та активному довголіттю пацієнтів з цим захворюванням.